

Gasto Hospitalario y Políticas de Contención de Costes.

Jaume Puig i Junoy

*Departament de Sanitat i Seguretat Social
Generalitat de Catalunya
Travessera de les Corts, 131-159 - 08028 Barcelona.*

**Gasto Hospitalario y Políticas de
Contención de costes.**

RESUMEN

Este trabajo lleva a cabo, en primer lugar un análisis descriptivo del gasto hospitalario de la Seguridad Social y de su distribución entre las distintas Comunidades Autónomas españolas. Ello permite constatar la existencia de elevadas desigualdades territoriales en el gasto sanitario público. Esta situación justifica la necesidad de analizar las medidas de política económica propuestas para el sector sanitario español. Asimismo, se trata de observar los efectos producidos por el sistema de pago a los hospitales concertados. Finalmente, se presenta una aproximación formal a los principales factores que determinan el gasto hospitalario de la Seguridad Social. El control de estos factores, que permiten relacionar el gasto con la productividad, resulta imprescindible para llevar a cabo una política de contención de costes realmente efectiva.

**Hospital Expenditure and Cost
Containment Policies.**

ABSTRACT

This article carries out a descriptive analysis of the Social Security hospital expenditure and its distribution between the different Spanish Autonomic Communities. This analysis shows the existence of high territorial inequalities in the public health expenditure. This situation justifies the need to analyse the economical politic measures proposed for the Spanish hospital sector. In the same way, the effects caused by the payment system for the contracted hospitals are analyzed. Finally, a formal approximation to the main factors which determine the territorial hospital cost is presented. The control of these factors, which make it possible to relate the cost to the productivity, is essential to carry out an effective cost containment policy.

Gasto Hospitalario y Políticas de Contención de Costes.

I. INTRODUCCIÓN

El control del crecimiento del gasto sanitario, buena parte del cual se efectúa con cargo a la hacienda pública, constituye un tema de interés de una importancia creciente en la mayoría de las economías occidentales. La importancia que ha adquirido el gasto sanitario en la situación actual, desde 1973 hasta hoy, se manifiesta tanto en el creciente número de estudios dedicados al análisis de este tipo de gasto como en la aplicación generalizada de políticas de contención del gasto sanitario (políticas de intervención sobre la oferta y la demanda, planificación estatal del sector, educación sanitaria, etc.) adoptadas por los gobiernos occidentales.

El largo período de crecimiento económico de las economías occidentales iniciado a partir de la Segunda Guerra mundial permitió un amplio desarrollo y generalización de la asistencia sanitaria. No obstante, a partir de la crisis económica de los años setenta, la consiguiente caída de la producción y el excedente económico ha generado tensiones sobre las posibilidades de continuar soportando un crecimiento continuado del gasto sanitario. De hecho, el coste de oportunidad de dedicar una proporción creciente del excedente económico a asistencia sanitaria es mucho mayor en una época de estancamiento económico que en una época de crecimiento, ya que compite por la distribución de unos recursos que no aumentan. Tal como señala V. Ortún¹, “los servicios sanitarios son un bien cuya expansión dificulta la recuperación de las tasas de beneficio”.

Entre otros, los factores causantes del crecimiento del gasto sanitario por encima del crecimiento del PIB son los siguientes²: extensión de la cobertura asistencial, envejecimiento de la población, mejoras en la remuneración del personal sanitario a causa de su especialización, crecimientos muy reducidos de la productividad, presión de la oferta (industria farmacéutica y electromédica), crecimiento del número de médicos y de camas hospitalarias, etc.

La importancia social y económica del comportamiento y las tendencias del gasto originado por la atención sanitaria, especialmente en la medida en que afecta directamente al sector público, se pone fácilmente de relieve en la medida en la cual:

a) La asistencia sanitaria pública, tanto si es entendida como un derecho individual o como una compensación al trabajo, constituye una conquista social a la cual los agentes sociales no quieren renunciar, y menos aún en una situación de crisis económica.

b) El crecimiento de los recursos destinados a la asistencia sanitaria, mientras en nivel de producción se encuentra estancado, genera tensiones en la lucha por la distribución del excedente, especialmente intensas en la medida que el financiador del gasto sea el Estado.

c) El aumento del gasto corresponde a un crecimiento en el número y en la intensidad de lo que se denomina producto intermedio del sistema sanitario (enfermos ingresados, días de estancia hospitalaria, número de consultas médicas, diálisis, etc.). No obstante, parece que no siempre se puede demostrar que exista una relación directa entre la multiplicación de los actos médicos, y por tanto el crecimiento del gasto, y el producto final del sistema sanitario (el nivel de salud).

El impacto del gasto sanitario sobre la hacienda pública española se manifiesta no sólo por su magnitud y la importancia de su crecimiento, sino también por su incidencia en el proceso de descentralización territorial. Las competencias en materia de asistencia sanitaria, especialmente en lo que se refiere a la gestión de los servicios del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), ya están siendo ejercidas por algunas Comunidades Autónomas (Catalunya desde 1981, Andalucía desde 1984), mientras que el resto se prevee que lo harán en el futuro. De forma tal que se puede estimar que la configuración de las haciendas autónomas, en la vertiente de gastos, se basará en un 80% en gastos de sanidad y enseñanza.

Este trabajo lleva a cabo un análisis descriptivo del gasto hospitalario de la Seguridad Social y de su distribución entre las distintas Comunidades Autónomas a fin de observar los niveles de desigualdad territorial del coste de la asistencia hospitalaria. El volumen y distribución de

este gasto pone de relieve la necesidad de analizar las medidas de política económica definidas sobre el sector hospitalario español así como su incidencia efectiva. Finalmente, se presenta una aproximación teórica a los factores explicativos del gasto hospitalario de la Seguridad Social en cada Comunidad Autónoma que permite relacionar el gasto con el nivel de productividad de los recursos, así como detectar las variables que se deben someter a control para la instrumentación efectiva de una política de contención de costes.

II. EL MODELO HOSPITALARIO ESPAÑOL

Una de las características del sistema sanitario del Estado español es el hecho de que se encuentra basado en la utilización de los hospitales como principal recurso asistencial. El sistema hospitalario se compone de los recursos del sector público y de los del sector privado. Los del sector público corresponden a distintas titularidades: Seguridad Social, Entidades Locales (Ayuntamientos, Diputaciones), Comunidades Autónomas y Administración Central.

Con cargo a la Seguridad Social se realiza la proporción más importante de la asistencia hospitalaria, gracias al hecho que ésta compra (concerta) los servicios de hospitales públicos y privados a fin de completar sus posibilidades asistenciales. De hecho, la Seguridad Social constituye el principal proveedor de asistencia hospitalaria del Estado español: en 1981 más del 68% de los ingresos hospitalarios (excluyendo a los psiquiátricos) se realizaron por cuenta de la Seguridad Social. De este 68%, sólo un poco más de la mitad fueron ingresados en hospitales de la Seguridad Social, mientras que el resto ingresaron en hospitales concertados.

En relación con la utilización del sistema hospitalario del Estado español, el "Programa Económico a Medio Plazo 1984/87"³ diagnostica que mientras por un lado parece que hay un nivel de hospitalización menor que en la mayoría de países europeos, a pesar de que se produzca una multiplicación de hospitalizaciones innecesarias (F. Quintana y Barea, 1982), por otro lado, se observa una duración más larga de las estancias, sobre todo en el sector privado financiado con recursos públicos a través de la Seguridad Social; es decir, en los hospitales concertados.

Desde otro punto de vista, el sistema sanitario español y el hospitalario como pieza fundamental del mismo, se caracteriza también por

3. Ministerio de Economía y Hacienda (1984), p. 50.

elevadas desigualdades en distintos aspectos. Así, distintos autores han puesto de relieve las desigualdades en las posibilidades de acceso y utilización de los servicios o las desigualdades en el gasto por habitante por este concepto. Las desigualdades se encuentran tanto a nivel territorial (campo/ciudad) como a nivel de clases sociales. En relación con el gasto, se ha comprobado que su nivel no se encuentra correlacionado con indicadores de necesidad, como la mortalidad infantil o la mortalidad standard, tal como sería de esperar en una situación más equitativa.

Finalmente, hay que señalar que el modelo hospitalario del Estado español se encuentra sometido a un importante proceso de descentralización territorial de la gestión de sus centros y servicios. Esta descentralización se basa, principalmente, en la transferencia a las Comunidades Autónomas de los servicios del INSALUD. Así, la gestión de una proporción muy importante de la asistencia hospitalaria y, por tanto, del gasto que genera, ha de quedar configurada en el marco de la organización autonómica del Estado español.

III. EL GASTO HOSPITALARIO DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Una primera aproximación al sector hospitalario financiado por la Seguridad Social se puede realizar a través del análisis del gasto generado por este tipo de asistencia. Su distribución territorial nos proporcionará una idea de la importancia que puede adquirir su descentralización para las Comunidades Autónomas, así como del grado de desigualdad y las características más importantes de este gasto en cada una de las Comunidades. Nos centraremos en el gasto hospitalario del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), entidad gestora de la Seguridad Social creada en 1979 como sucesora del Instituto Nacional de Previsión y encargada de la gestión de las prestaciones de asistencia sanitaria a los beneficiarios de la Seguridad Social (93% de la población española en 1984)⁴.

4. Incluimos, obviamente, los datos relativos al Institut Català de la Salut, entidad gestora de estas prestaciones en Catalunya, donde los servicios del INSALUD fueron transferidos en 1981. Nuestros datos, sin embargo, omiten la información relativa a algunos colectivos de beneficiarios, muy reducidos, cuya asistencia sanitaria no es gestionada directamente por el INSALUD (el Instituto Social de la Marina, por ejemplo) pero cuya importancia relativa puede considerarse marginal.

3.1. Nivel global del gasto.

De acuerdo con los datos del Cuadro nº 1 el gasto en concepto de asistencia hospitalaria representó más de la mitad del gasto liquidado por el INSALUD: el 50,8% en 1982 y el 52,0% en 1983. Así pues, el gasto hospitalario constituye, con mucha diferencia, la partida más importante del presupuesto de gastos del INSALUD⁵.

CUADRO 1
*Distribución del gasto por operaciones corrientes. INSALUD.
Porcentajes.*

Concepto	1982	1983
Asistencia hospitalaria	50,8	52,0
Asistencia extrahospitalaria	20,9	23,1
Farmacia	23,4	20,6
Otras prestaciones	1,2	0,9
Administración	2,1	1,8
Docencia	1,4	1,4
Otros	0,2	0,2

Fuente: Elaboración propia a partir de INSALUD (1984 y 1985).

En 1982 el gasto hospitalario del INSALUD fue de 353,8 mil millones de pesetas, el 65,1% de los cuales fueron originados por los hospitales propios y el 34,9% restante por los hospitales concertados. En otros términos, esto equivale al 14,8% del consumo público y al 1,78% del P.I.B. a precios de mercado.

En 1983 el gasto hospitalario total aumentó en un 18%, hasta situarse en 477,7 mil millones de pesetas. De esta cantidad, el 66,8% corresponde al coste de los hospitales propios y el 33,2% al gasto por asistencia realizada en hospitales concertados. En este año, el gasto hospitalario de la Seguridad Social equivale al 14,9% del consumo público y al 1,83% del P.I.B. Por lo tanto, el crecimiento del gasto hospitalario se sitúa por encima del crecimiento del consumo público y del P.I.B.⁶.

5. El gasto hospitalario que consideramos corresponde al coste de la asistencia sanitaria con medios propios en instituciones cerradas y en instituciones ajenas cerradas, excluyendo los gastos de docencia e investigación de los centros propios.

6. En virtud de la Ley 3/83, el INSALUD efectuó una habilitación de créditos presupuestarios para atender insuficiencias de ejercicios anteriores a 1983, lo que ha dado lugar a la liquidación de gastos de 1981 y 1982 en 1983. Ya que no resulta posible, con la información dispo-

...

Como medidas relativas del nivel del gasto hospitalario utilizaremos las siguientes:

a) la población, que constituye el potencial demandante de asistencia⁷;

b) el número de camas hospitalarias, es decir, una medida de la oferta de recursos;

c) y el producto intermedio de los centros hospitalarios (enfermos ingresados y días de estancia)⁸.

El gasto hospitalario por habitante fue de 9.390 pesetas en 1982 y de 11.096 en 1983, lo que equivale a un crecimiento del 18,2%.

Cada cama de los hospitales propios produjo un gasto de 4.124.500 pesetas en 1982 como término medio, aumentando un 19,8% en 1983, situándose en 4.940.800 pesetas. En cuanto a los productos intermedios, el gasto por enfermo ingresado fue de 130.107 pesetas en 1982 y 150.593 en 1983 (aumento del 15,7%). Cada día de estancia costó 11.886 pesetas en 1982 y 14.415 en 1983, o sea que el coste creció en un 21,3%. Tanto el gasto por enfermo ingresado como el gasto por día de estancia, en 1982 y en 1983, resulta más elevado en los hospitales propios que en los concertados, siendo, no obstante, más reducido el porcentaje de crecimiento de los indicadores relativos a los hospitales propios. Estos costes sólo se pueden comparar en la medida en que el nivel asistencial de los dos grupos de hospitales sea equiparable y el tipo de patologías atendidas sea parecido.

3.2. Distribución territorial.

Diversos autores⁹ han señalado las elevadas desigualdades observadas en la distribución territorial del gasto total por asistencia sanitaria. Así, Bohigas (1983) observa como para el año 1980, "entre la provincia con un gasto sanitario más elevado, Guadalajara, y la que tiene un gasto más reducido, Lleida, existe una diferencia de más de 13.000 pesetas, es decir, la primera supera en 2,4 veces a la segunda" (p. 26).

...

nible, adjudicar temporal y territorialmente este gasto, aquí utilizamos sólo los gastos correspondientes a la liquidación inicial del presupuesto. La liquidación de la Ley 3/83 contempla 14.600 millones de pesetas como gastos de hospitales concertados y 7.076 millones de hospitales propios.

7. De hecho, deberíamos utilizar el número de beneficiarios de la Seguridad Social, sin embargo, las estimaciones de esta cifra han demostrado padecer graves deficiencias.

8. Además de estos productos estrictamente hospitalarios, los hospitales también realizan consultas externas, cuyo coste, por no disponer de información suficiente, adjudicaremos a los productos propiamente hospitalarios.

9. Bohigas y Ortún (1980) y Bohigas (1983).

En el Cuadro nº 2 se recoge la distribución territorial del gasto hospitalario de la Seguridad Social en 1982 y en 1983. La mitad del gasto se encuentra concentrado en tan sólo cuatro Comunidades: Andalucía, Catalunya, Madrid y Valencia, que aportan el 49,1% del total en 1982 y el 53,6% en 1983. Por otra parte, podemos observar como el reparto del gasto entre hospitales propios y concertados ofrece situaciones muy distintas en cada Comunidad Autónoma. Así, en Catalunya en 1983 el 50% del gasto se dedica a los hospitales concertados, mientras que en Extremadura esta proporción no llega al 2,7%.

CUADRO 2
Gasto por asistencia hospitalaria de la Seguridad Social.
Miles de pesetas corrientes.

COMUNIDAD	1982	%	1983	%
Andalucía	54.174.611	15,3	73.488.144	17,6
Aragón	11.436.741	3,2	15.283.941	3,7
Asturias	11.717.847	3,3	15.056.525	3,6
Baleares	4.325.351	1,2	6.912.594	1,7
Canarias	10.326.281	2,9	15.875.591	3,8
Cantabria	6.171.065	1,7	8.726.546	2,1
C.-La Mancha	8.529.295	2,4	13.222.321	3,1
Castilla-León	21.083.886	6,0	27.967.272	6,7
Catalunya	49.482.940	14,0	53.805.398	12,9
Extremadura	6.261.623	1,8	9.251.755	2,2
Galicia	16.480.388	4,7	20.598.693	5,0
Madrid	44.556.594	12,6	59.243.768	14,2
Murcia	7.469.950	2,1	9.970.540	2,3
Navarra	5.770.171	1,6	6.612.300	1,6
País Vasco	19.067.842	5,4	24.145.032	5,8
La Rioja	2.330.900	0,7	2.635.690	0,6
Valencia	25.500.737	7,2	37.408.332	8,9
Ceuta y Melilla	599.562	0,2	801.552	0,2
S. Centrales	12.380.704	3,5	16.791.337	4,0
Adicionales	36.183.049	10,2	—	—
TOTAL	353.849.537	100,0	417.797.331	100,0

Fuente: Insalud (1984 y 1985) y elaboración propia.

El gasto hospitalario por habitante se distribuye de forma muy desigual (Cuadro nº 3). Así, entre el gasto por habitante más elevado en 1983, las 17.007 pesetas en Cantabria, y el más reducido, las 7.326 de Galicia, hay una diferencia de 9.681 pesetas: es decir, el primero es 2,3

veces superior al segundo. A pesar de todo, parece que en 1983 se ha producido una cierta reducción de la desigualdad territorial en el gasto por habitante¹⁰.

Las Comunidades con un gasto por habitante más elevado son:

	1982	1983
Cantabria	12.027	17.007
Asturias	10.374	13.330
Navarra	11.336	12.991
Aragón	9.554	12.769

En cambio, las Comunidades con un gasto hospitalario por habitante más reducido son:

	1982	1983
Galicia	5.861	7.326
Castilla-La Mancha	5.174	8.020
Extremadura	5.880	8.687

CUADRO 3
Gasto hospitalario por habitante.
Pesetas corrientes.

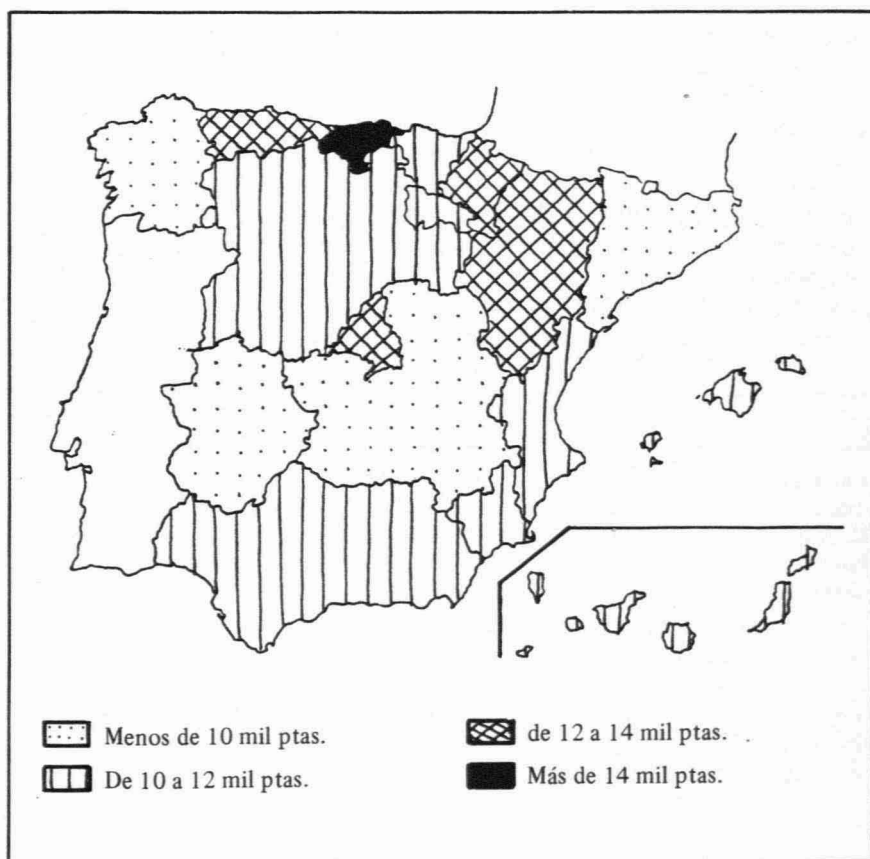
Comunidad	1982	1983
Andalucía	8.411	11.409
Aragón	9.554	12.769
Asturias	10.374	13.330
Baleares	6.594	10.539
Canarias	7.550	11.608
Cantabria	12.027	17.007
Castilla-La Mancha	5.174	8.020
Castilla-León	8.162	10.827
Cataluña	8.308	9.033
Extremadura	5.880	8.687
Galicia	5.861	7.326

10. Así lo prueba el hecho que su coeficiente de variación se reduce de 22,28 en 1982 hasta 20,15 en 1983.

Madrid	9.507	12.640
Murcia	7.818	10.435
Navarra	11.336	12.991
País Vasco	8.903	11.273
La Rioja	9.164	10.362
Valencia	6.993	10.258
Ceuta y Melilla	5.044	6.744
TOTAL	9.390	11.096

Fuente: Elaboración propia.

GRAFICO 1. Gasto Hospitalario de la Seguridad Social por habitante en 1983.



El segundo de los indicadores que hemos reseñado es el gasto generado por cada cama de los hospitales propios. En este caso, la distribución territorial del gasto resulta notablemente menos dispersa¹¹.

Las Comunidades con un gasto hospitalario por cama en un centro propio más alto en 1983 son Cantabria (6,4 millones), Murcia (6,1 millones) y Catalunya (5,9 millones). El gasto más bajo por cama hospitalaria en 1983 lo registran Castilla-León (4,0 millones), La Rioja (4,0 millones), Navarra (4,1 millones), Galicia (4,4 millones) y Castilla-La Mancha (4,4 millones). Observamos como un gasto por habitante elevado no se corresponde con un gasto por cama también alto. Así, por ejemplo, Navarra es una de las Comunidades con un gasto por habitante más elevado (un 17% superior a la media del Estado), pero, en cambio, el gasto producido por cada una de las camas de la Seguridad Social es relativamente bajo (un 16,3% por debajo de la media del Estado). Esta situación debe ser explicada en función de la dotación de camas propias por habitante y de la proporción en la cual se utilizan los hospitales concertados.

El tercer grupo de los indicadores propuestos como medida relativa del gasto, lo constituyen el gasto por enfermo ingresado o por día de estancia hospitalaria. El gasto originado por estos dos conceptos se distribuye territorialmente de una manera, también, muy desigual. Así, mientras el gasto por enfermo ingresado es de 181.434 pesetas en 1983 en Madrid, el más alto, en la Rioja es de 88.535 pesetas, o sea, tan sólo un 49% del de Madrid. Las Comunidades con un gasto más alto por enfermo ingresado son las siguientes:

	1982	1983
Cantabria	140.863	196.757
Aragón	135.638	183.827
Madrid	136.138	181.434
Asturias	132.761	174.022
Canarias	125.398	159.893

Observamos como estas Comunidades también se sitúan entre las que tienen un gasto por habitante situado bastante por encima de la media. En cambio, las Comunidades con un gasto por enfermo ingresado más reducido son las siguientes:

11. El coeficiente de variación es de 17,28 en 1982 y de 16,58 en 1983.

	1982	1983
La Rioja	93.180	88.535
Castilla-La Mancha	84.886	121.013
Murcia	98.759	125.080
Catalunya	113.568	126.062

El gasto por enfermo ingresado en los hospitales propios resulta superior, en todos los casos, al de los enfermos ingresados en hospitales concertados. Para los enfermos atendidos en hospitales de la Seguridad Social en 1983, el gasto oscila entre las 286.952 pesetas de Madrid y las 125.972 de La Rioja. En cambio, el de los hospitales concertados, más bajo pero también más disperso, oscila entre las 181.816 pesetas de Aragón y las 30.328 de Extremadura (6 veces inferior a la más alta).

En cuanto al gasto hospitalario medido por cada día de estancia, observamos, del mismo modo que para el gasto por enfermo ingresado, una elevada dispersión territorial, que se acentúa aún más si nos referimos al gasto por estancias en hospitales concertados (Cuadro nº 4).

CUADRO 4
Resumen de los indicadores del gasto hospitalario

INDICADORES		MAS ALTO		MAS BAJO		C.V.
Gasto por habitante						
1982	12.027	Cantabria	5.174	C.-La Mancha	22.28	
1983	17.007	Cantabria	7.326	Galicia	20.15	
Gasto por cama hospital propio						
1982	5.172	Catalunya	2.838	C.-La Mancha	17.28	
1983	6.484	Cantabria	3.958	C.-León	16.58	
Gasto por enfermo						
1982	140.863	Cantabria	84.886	C.-La Mancha	15.44	
1983	196.757	Cantabria	88.535	La Rioja	18.10	
Gasto por enfermo hospitales propios						
1982	206.953	Madrid	92.128	C.-La Mancha	24.39	
1983	286.952	Madrid	125.972	La Rioja	25.04	
Gasto por enfermo hospitales concertados						
1982	139.206	Aragón	30.498	Extremadura	39.50	
1983	181.816	Aragón	30.328	Extremadura	46.08	

Gasto por día de estancia					
1982	12.718	Aragón	7.536	La Rioja	11.98
1983	16.863	Aragón	8.796	La Rioja	14.44
Gasto por día de estancia hospitales propios					
1982	17.730	Catalunya	9.721	C.-La Mancha	15.85
1983	23.289	Cantabria	13.587	La Rioja	16.53
Gasto por día de estancia hospitales concertados					
1982	11.774	Aragón	3.182	C.-La Mancha	38.19
1983	15.297	Aragón	3.500	La Rioja	40.71

C.V. = Coeficiente de variación.

Fuente: Elaboración propia.

Al margen de las posibles deficiencias en la información disponible, podemos constatar como, en términos generales, el gasto hospitalario de la Seguridad Social en cada Comunidad Autónoma resulta muy desigual tanto si lo comparamos con la población como con los productos asistenciales intermedios. De aquí el interés que adquiere la definición de sus factores explicativos a fin de prever y modificar, cuando esto sea factible, su tendencia e impacto sobre el gasto del sistema de la Seguridad Social y de las haciendas públicas (central y autonómicas); asimismo resulta destacable su importancia a fin de conducir el sistema sanitario público hacia una situación territorialmente más equitativa.

Esta aproximación al volumen, evolución y distribución territorial del gasto hospitalario de la Seguridad Social justifica el hecho que la política económica haya empezado a tomar interés por este tema. Así, los programas de política económica han definido una política hospitalaria basada, principalmente, en la contención de costes, matizada en parte por el deseo de reducción de las desigualdades territoriales.

IV. LA POLÍTICA ECONÓMICA Y EL GASTO HOSPITALARIO

4.1. Política hospitalaria

Los documentos de política económica de los últimos años han empezado a dejar constancia de su interés por el sector sanitario, y por su exponente más importante, el sector hospitalario. Así, desde el pro-

grama de racionalización de la Seguridad Social¹² hasta el Programa económico a medio plazo (1984/87) del gobierno socialista¹³ se han ido perfilando una serie de objetivos y medidas a aplicar al sistema hospitalario.

En el aspecto que aquí nos interesa, los programas de política hospitalaria se fundamentan en el reconocimiento de dos características del sistema sanitario público: el volumen creciente del gasto y la desigualdad en la distribución de los recursos sanitarios.

La política de contención del gasto se enmarca en el ámbito general del control del crecimiento del gasto público, planteado aún con más insistencia en el caso que nos ocupa por el hecho de tratarse de un servicio público comprendido en el conflictivo ámbito económico de la Seguridad Social y a causa de las deficiencias en la calidad de la asistencia sanitaria.

Los objetivos y programas del plan para la racionalización y mejora de la Seguridad Social pretendían conseguir la contención del gasto hospitalario a través de la reducción del fraude, la contención de costes y la mejora de la gestión. Estas medidas se basaban, esencialmente, en el control y limitación de la asistencia sanitaria realizada en los hospitales concertados por la Seguridad Social y en la creación de instrumentos de gestión económica de los hospitales. Aunque con distintas versiones, estos han sido los dos elementos básicos de casi todas las propuestas posteriores para instrumentar una política de contención del gasto hospitalario.

El programa electoral del P.S.O.E. de 1982 también hacía referencia a la política hospitalaria estableciendo que "se buscará la optimización de la gestión de los recursos sanitarios hospitalarios". Esta optimización debe enmarcarse en un proceso de reforma y racionalización amparado por dos tipos de medidas:

- a) la reforma del hospital público, fundamentada en la autonomía de gestión y la mejora de su eficiencia;
- b) y la conducción de la utilización de los hospitales concertados hacia una situación en la cual obedezca a criterios de complementariedad, normalización, transparencia y controles de las cláusulas, de la calidad y de los derechos de los enfermos.

El "Programa Económico a Medio Plazo 1984/87", del Ministerio de Economía y Hacienda (1984), define con más claridad lo que ya figuraba en el programa electoral del P.S.O.E. en 1982: "La transformación va, pues, en la dirección de una mayor eficiencia y menor gasto". La consecución de estos objetivos generales, con el acento puesto de

12. Fuentes Quintana y Barea (1982).

13. Ministerio de Economía y Hacienda (1984).

una manera muy especial sobre la contención del gasto, pasa por la programación de tres objetivos concretos:

1. La coordinación e integración de la red hospitalaria nacional.
2. La nueva política de conciertos.
3. La autonomía en la gestión.

La coordinación e integración de la red hospitalaria quiere conseguir una administración coordinada, de forma que todos los recursos públicos de una área sean gestionados con carácter unitario. Entonces, "la concepción integral del nuevo sistema supondrá un ahorro a lo largo del tiempo de los costes sanitarios". Este nuevo sistema debería instrumentarse a través de la Ley General de Sanidad. El anteproyecto de esta Ley contempla la creación de una red integrada de hospitales del sector público. Pero, además, se reconoce que "la política sanitaria general estará orientada hacia la superación de los desequilibrios territoriales y sociales", principio coherente con la universalización de la asistencia sanitaria. Esta concepción explica el hecho que al lado de las medidas de contención del gasto y de racionalización de la gestión aparezcan propuestas de mejora de la asistencia hospitalaria hacia un marco más igualitario. Así, uno de los objetivos declarados es la adecuación de los recursos hospitalarios a las necesidades de la población. Entre las propuestas de medidas a instrumentar para la consecución de estos objetivos figuran los siguientes, algunos de los cuales se encuentran recogidos en la Ley citada:

a) Adecuación progresiva de los servicios de los hospitales a las características del Área de Salud donde se localicen, convirtiéndose en hospitales generales de área, a fin de facilitar una óptima utilización.

b) No continuación del proceso de creación de grandes hospitales.

c) Dotación a las regiones menos equipadas de centros de dimensión media, suficientes para reducir las desigualdades.

En cuanto a la llamada nueva política de conciertos, se dice que se arbitraré en base a la complementariedad de los servicios y al control permanente de la calidad asistencial, a fin de que "el sector privado sirva para suplir las ineficiencias del sector público, la cual cosa no sucede actualmente"¹⁴. En términos de la Ley General de Sanidad, "los hospitales generales del sector privado que lo soliciten serán vinculados al Sistema Nacional de Salud, cuando las disponibilidades económicas del sector público lo permitan".

4.2. *Política de conciertos.*

Tal como ya hemos visto, la utilización de los hospitales ajenos por parte de la Seguridad Social da origen a más de una tercera parte del volumen total del gasto hospitalario. Por otra parte, los programas de política hospitalaria que hemos esbozado en el apartado precedente ponen el acento especialmente en la contención del gasto originado por los hospitales concertados.

Situados en este marco explicativo, resulta necesario efectuar un breve análisis del sistema de pago que utiliza la Seguridad Social para remunerar la asistencia sanitaria prestada a su cargo por parte de los hospitales concertados.

A los hospitales concertados la Seguridad Social los remunera según una tarifa por enfermo y día de estancia. Hasta 1978, las tarifas que pagaba la Seguridad Social por los servicios hospitalarios concertados se hacían "en base a las ofertas y contraofertas que surgían entre oferente y demandante de servicios"¹⁵. "En julio de 1978, se dictan una serie de medidas tendientes a regular el incremento de las tarifas por estancias respecto 1977 permitiendo para las instituciones públicas y oficiales un aumento hasta el 13,4% y para conciertos con instituciones o clínicas dependientes de entidades privadas o particulares hasta el 15%. Además, se fijó una tarifa máxima por día de estancia de 7.147 pesetas que coincidía con el coste medio registrado por el mismo concepto en las Instituciones Sanitarias propias de la Seguridad Social en el año 1977"¹⁶. El sistema de fijación de precios empleado hasta 1978 había producido un grado de diversidad de las tarifas muy notable por la prestación de un mismo servicio asistencial en distintas provincias o dentro de la misma.

En el año 1979 se continua utilizando el procedimiento de fijar un porcentaje máximo de aumento para las tarifas de conciertos, en este caso situado en el 10%.

Mediante la Resolución de la Secretaría de Estado para la Sanidad de 11 de abril de 1980 se estableció un sistema de calificación de los hospitales concertados o a concertar en distintos niveles asistenciales, definida a partir de las siguientes características del centro:

- a) Función y nivel de cobertura asistencial que ofrece el centro.
- b) Equipamiento de personal, su calificación, especialización y dedicación.
- c) Equipamiento de material.
- d) Cobertura continuada de las prestaciones a través de los servicios de urgencia.

15. P. Coll (1980a).

16. Idem.

e) Características del inmueble.

La calificación de los hospitales se prevee con carácter previo al establecimiento del concierto. La misma Resolución que comentamos introdujo también las bases necesarias para proceder a una sistematización de las tarifas, de forma que se pudiera llegar gradualmente a una igualdad de precio para el mismo tipo de servicio. Los criterios que se fijan en relación con las tarifas de los servicios concertados son los siguientes:

1. Para cada uno de los grupos y niveles de los hospitales se fija una tarifa máxima, por enfermo y día de estancia, que incluye todos los servicios, excepto aquellos que se detallan como objeto de contratación independiente.

2. Con carácter anual, el INSALUD determina un porcentaje de incremento máximo para las tarifas de los servicios hospitalarios del año anterior, no pudiendo sobrepasar en ningún caso las tarifas correspondientes a cada nivel. En el caso en que las tarifas vigentes fueran superiores a las establecidas por el INSALUD, entonces no se produciría ningún aumento hasta que las vigentes no fueran superadas por revalorizaciones sucesivas de las tarifas del nivel correspondiente.

El objetivo de la introducción de este sistema de precios había de ser el de tender a evitar la subjetividad y a reducir el amplio abanico de tarifas que se estaba observando antes de 1980 a un número limitado y fijo (Coll, 1980b).

Esta es la metodología de remuneración aplicada por el INSALUD y vigente en todo el Estado. No obstante, los hospitales concertados de Catalunya, al pasar a depender de la Generalitat de Catalunya en 1981, han visto modificada la contraprestación económica recibida a cambio de la prestación de sus servicios. Por un lado, se ha establecido una clasificación diferente de los niveles asistenciales, a la vez que las tarifas han seguido una evolución distinta de las del resto del Estado. Además, en lugar de establecer una tarifa máxima por enfermo y día de estancia, se ha fijado una tarifa mínima y un recorrido máximo a partir de ésta dentro del cual puede oscilar la tarifa de cada hospital. Por otro lado, la diferencia más importante se produce con la introducción de una nueva modalidad de pago, la de los conciertos de base presupuestaria. Con este sistema, establecido por la Generalitat en 1983, el hospital recibe una cifra global establecida como remuneración de los servicios prestados durante todo un año, asistiendo a un número mínimo de enfermos. El número de servicios concertados que incluye el presupuesto se definen a partir de diversos indicadores de los productos intermedios.

El sistema de pago en base a la tarifa por día de estancia constituye un claro incentivo, a falta de un control riguroso, para los hospitales concertados a aumentar sus ingresos monetarios por enfermo ingresado

a cargo de la Seguridad Social manteniendo los pacientes ingresados durante más días y tratando de seleccionar las patologías más rentables. Por este motivo los internamientos acostumbran a ser más largos en los hospitales remunerados por este sistema, siendo éste un claro elemento inflacionario del gasto de la Seguridad Social, el cual, además es absolutamente independiente del producto salud. Si el sistema de precios es un elemento básico de la política de conciertos, y por lo tanto de la política de contención del gasto, otro aspecto a considerar es la presión de la oferta hospitalaria en la captación de enfermos de la Seguridad Social. "La trayectoria de la concertación con centros públicos y privados no ha sido una trayectoria racional con unos criterios sanitarios. Los conciertos se han otorgado a los centros que han hecho más presión, y los precios de estos conciertos se han establecido de acuerdo con la capacidad de negociación del centro"¹⁷.

En relación con estos aspectos fundamentales de la política de conciertos y de contención del gasto hospitalario, dejemos constancia de dos observaciones:

a) La proporción de enfermos atendidos por los hospitales concertados a cargo de la Seguridad Social ha aumentado desde el 41,77% en 1978 hasta el 45,80% en 1981, según los datos de la Encuesta de Establecimientos sanitarios con régimen de internado publicada por el I.N.E.

b) La estancia media de los enfermos ingresados en los hospitales propiedad de la Seguridad Social es de 9,57 días en 1983. En cambio, en los hospitales concertados es un 17,9% más larga (11,29 días), sin que haya una distribución de patologías que pueda justificar esta situación sino todo lo contrario.

V. EL GASTO Y LA PRODUCTIVIDAD

El gasto hospitalario experimenta una elevada participación de los gastos de personal. En 1982 en los hospitales de la Seguridad Social, los gastos de personal suponían el 73% del total. Este gasto es muy inelástico a causa del carácter estatutario del personal sanitario. En conjunto, más del 82% del gasto de estos hospitales era de carácter fijo, mientras que sólo el 18% restante correspondía a gastos variables.

17. Lluís Bohigas (1982).

De esta forma, el volumen del gasto total de los hospitales se puede explicar a través del número de personas ocupadas y el número de camas. Generalmente este gasto se acostumbra a estimar a partir del índice de personal por cama, es decir, el número de personal por cada cama hospitalaria.

Lo que resulta más importante es considerar el hecho de que una proporción muy elevada del gasto se produce prácticamente con independencia de la utilización del hospital. Esto debe entenderse en el sentido que, al menos a corto plazo, el número de camas instaladas y sobretodo el número de personas contratadas es relativamente fijo. Entonces, el gasto producido por la remuneración de este personal, que equivale a las 3/4 partes del gasto total, se producirá igualmente sea cual sea el número de enfermos ingresados. Por lo tanto, las variaciones en la producción de los productos intermedios (ingresos y estancias) han de afectar en una medida bastante reducida al gasto total.

Si tomamos como valores dados el número de camas y el número de personal de un hospital, entonces el coste total de un hospital de la Seguridad Social se podría expresar como una sencilla función lineal¹⁸:

$$CT_i = \kappa + a M_i \quad (I)$$

donde CT_i = Coste total del hospital "i",

κ = Coste fijo (personal, mantenimiento, amortización,...),

M_i = Número de enfermos ingresados,

a = Coste marginal por enfermo ingresado¹⁹.

Por lo tanto, el coste total de todos los hospitales de la Seguridad Social adoptaría la forma:

$$CT_p = \Sigma CT_i = K + a M_p \quad (II)$$

donde CT_p = Coste total de todos los hospitales propios.

K = Coste fijo de todos los hospitales propios.

M_p = Número de enfermos ingresados en los hospitales propios.

El coste medio por cada enfermo ingresado será el siguiente:

18. Cullis y West (1979), p. 154.

19. Variación que experimenta el coste total por el hecho de ingresar a un enfermo más.

$$CM_p = \frac{CT_p}{M_p} = \frac{K}{M_p} + a \quad (III)$$

$$\frac{dCM_p}{dM_p} = - \frac{K}{M_p^2} < 0, \quad (IV)$$

lo cual implica que el coste medio por enfermo es decreciente a medida que aumenta el número de enfermos ingresados.

Definamos ahora el índice de ocupación de los hospitales como aquel que representa el porcentaje de estancias realizadas sobre el máximo posible de acuerdo con la dotación de camas instaladas. Así, para los hospitales de la Seguridad Social:

$$I_p = \frac{E_p}{LL_p \cdot 365} \cdot 100 \quad (V)$$

donde I_p = Índice de ocupación de los hospitales propios,

LL_p = Número total de camas de los hospitales propios,

E_p = Número de estancias realizadas en los hospitales propios durante un año.

Por otro lado, sabemos que la estancia media en los hospitales propios será igual a:

$$EM_p = \frac{E_p}{M_p} \quad (VI)$$

donde EM_p = Estancia media de los enfermos ingresados en los hospitales propios.

Entonces, el número de enfermos ingresados en los hospitales de la Seguridad Social, dado el número de camas, será función del índice de ocupación y de la estancia media:

$$M_p = \frac{LL_p \cdot I_p}{EM_p} \cdot \frac{365}{100} \quad (\text{VII})$$

Es decir, si el número de camas hospitalarias no varía, el número de enfermos ingresados puede aumentar por dos canales: disminuyendo la duración de la estancia media o aumentando el índice de ocupación. Por lo tanto, el coste medio por enfermo ingresado en los hospitales propios, que como hemos visto es decreciente respecto M_p , será función del índice de ocupación y de la duración de la estancia media:

$$CM_p = f(M_p) = f(I_p, EM_p) \quad (\text{VIII})$$

Además del coste de los hospitales propios, el otro componente del gasto hospitalario de la Seguridad Social es el coste de la asistencia concertada. Dado el sistema de pago actual mediante tarifa por día de estancia, este coste se puede expresar de la siguiente manera:

$$CT_c = M_c \cdot p \cdot EM_c \quad (\text{IX})$$

donde CT_c = Coste total de los enfermos hospitalizados en centros concertados,

EM_c = Estancia media de los enfermos ingresados en hospitales concertados,

p = Precio (tarifa) por día de estancia,

M_c = Número de enfermos ingresados en los hospitales concertados.

Entonces, el coste medio será:

$$CM_c = \frac{CT_c}{M_c} = EM_c \cdot p \quad (\text{X})$$

$$\frac{dCM_c}{dM_c} = 0, \quad (XI)$$

y, por tanto, independiente del número de enfermos ingresados.

El gasto hospitalario total de la Seguridad Social corresponderá, por tanto, a la agregación de los costes de los hospitales propios y de los costes de los enfermos atendidos en centros concertados:

$$CT = CT_p + CT_c \quad (XII)$$

donde CT = Coste total de la asistencia hospitalaria a cargo de la Seguridad Social.

Si sustituimos CT_p y CT_c por las funciones obtenidas con anterioridad, obtenemos:

$$CT = K + a.M_p + p.EM_c.M_c \quad (XIII)$$

y si $M = M_p + M_c$

donde M = Número total de enfermos ingresados a cargo de la Seguridad Social,

obtendremos:

$$CT = K + a.M_p + EM_c.p (M - M_p) \quad (XIV)$$

A partir de esta función, el coste medio por enfermo ingresado a cargo de la Seguridad Social será:

$$CM = \frac{CT}{M} = \frac{K}{M} + p.EM_c + (a - EM_c.p) \frac{M_p}{M} \quad (XV)$$

$$\frac{dCM}{dM_p} = \frac{(a - EM_c.p)}{M} \quad \begin{aligned} &< 0 \text{ si } EM_c.p > a \\ &= 0 \text{ si } EM_c.p = a \\ &> 0 \text{ si } EM_c.p < a \end{aligned} \quad (XVI)$$

Tomando el número total de enfermos como una variable exógena, y suponiendo que haya capacidad no utilizada en los hospitales propios, el coste medio por enfermo, y el coste total, será decreciente cuando aumente el número de enfermos ingresados en los hospitales propios a condición de que $a < EM_c.p$, es decir, que el coste marginal por enfermo ingresado en los hospitales propios sea inferior al coste de los enfermos ingresados en centros concertados. El coste de estos últimos ingresos depende de la duración de la estancia y de la tarifa por día de estancia. En condiciones normales, el coste marginal de los centros propios ha de ser inferior al coste originado por el ingreso del enfermo en un hospital concertado, ya que:

a) el coste marginal por enfermo ingresado es relativamente bajo en un centro hospitalario, en la medida que más de las 2/3 partes del gasto son de carácter fijo;

b) si pensamos que $EM_c.p$ ha de ser bastante parecido al coste medio que supone el ingreso de un enfermo por el hospital concertado, y si comparamos la situación en un hospital de la Seguridad Social y uno concertado con un nivel asistencial equiparable, entonces siempre se producirá que $a < EM_c.p$, pues:

$$a < \frac{K}{M} + a = CM = EM_c.p \quad (XVII)$$

Esto querría decir que siempre que haya capacidad asistencial por ocupar en los hospitales propios se puede reducir el gasto total aumentando el número de enfermos ingresados en estos hospitales. Es decir:

$$CT(M_p^*) = K + a.M_p^* + EM_c.p (M - M_p^*) < CT(M_p) = K + a.M_p + EM_c.p (M - M_p) \quad (XVIII)$$

donde M^* = Número óptimo de enfermos ingresados en los hospitales propios de acuerdo con la dotación de camas hospitalarias, y $M_p < M_p^*$.

El gasto total por asistencia hospitalaria de la Seguridad Social se encontrará determinado por el índice de ocupación y la estancia media de los hospitales propios y la de los concertados. Así, si sustituimos el valor de M_p de la ecuación VII en la ecuación XIV, obtenemos:

$$CT = f(M, LL_p, I_p, EM_p, EM_{c,p}) \quad (XIX)$$

Toda vez que a corto plazo el número de camas de los hospitales propios lo tomamos como un dato, de la misma forma que la tarifa de los hospitales concertados y el número total de enfermos ingresados, entonces:

$$CT = f(I_p, EM_c, EM_p) \quad (XX)$$

El coste total se minimizará cuando $M_p = M_p^*$, es decir, cuando el número de enfermos atendidos por los hospitales propios sea el máximo que permite su dotación de recursos asistenciales. Es decir, cuando el índice de ocupación y la estancia media de estos hospitales sea óptima:

$$CT^* = f(I_p^*, EM_c^*, EM_p^*) \quad (XXI)$$

Podemos constatar, pues, que el gasto de la Seguridad Social por asistencia hospitalaria depende en buena medida del índice de ocupación de los hospitales propios y de la duración de la estancia media, siendo estos los dos indicadores de gestión básicos.

Si suponemos que las camas propias disponibles maximizan su ocupación, entonces el gasto dependerá de dos variables: de la estancia media en los hospitales concertados y del precio por día de estancia. Toda vez que el precio por día de estancia concertada depende del nivel asistencial de cada hospital, una situación óptima se conseguiría distribuyendo, siempre que las disponibilidades de la oferta lo permitan, las diferentes patologías según la complejidad que requieran entre los distintos hospitales concertados y los propios²⁰.

20. V. Ortún (1983a) afirma que la productividad de la asistencia se puede mejorar buscando la combinación más eficiente según la complejidad de la patología a atender. Hasta ahora se constata una utilización inadecuada, atendiendo patologías simples en hospitales muy sofisticados.

La optimización del índice de ocupación depende no sólo del número de camas del hospital sino también de su localización geográfica. Así, la dispersión territorial de la población puede justificar la existencia de un hospital; en este caso, la optimización pasaría también por la adecuación de la oferta de recursos a las necesidades de la zona.

El análisis de los costes hospitalarios nos permite observar como una misma prestación de servicios asistenciales puede dar lugar a volúmenes de gasto más elevados o más reducidos. Por tanto, las diferencias territoriales en el gasto no justifican necesariamente que la asistencia hospitalaria sea mejor en una zona que en otra. De aquí que más importante que una política de contención del gasto sea el análisis de la productividad de los recursos utilizados. Es decir, hay que examinar los recursos disponibles y la actividad asistencial realizada que han dado lugar a un volumen determinado de gasto en cada caso.

VI. ALGUNAS SUGERENCIAS

La eficiencia en la gestión de los recursos asistenciales tiene un impacto muy directo sobre el nivel de gasto, y por lo tanto resulta imprescindible su análisis a fin de definir las posibilidades de control del gasto.

Si consideramos como variables exógenas el número total de enfermos a ingresar y el número de camas de los hospitales propios, el gasto hospitalario de la Seguridad Social depende de los cuatro factores siguientes:

1. El índice de ocupación de los hospitales propios.
2. La duración de la estancia en los hospitales propios.
3. La duración de la estancia en los hospitales concertados.
4. La distribución de patologías entre los distintos niveles asistenciales.

La utilización de los recursos hospitalarios por parte de la Seguridad Social se encuentra caracterizada por una fuerte influencia de la presión de la oferta ajena. Esta influencia conduce a una situación en la cual se produce una cierta infrautilización de los hospitales propios y una pérdida de control sobre la producción de los productos intermedios del proceso asistencial (los ingresos y las estancias hospitalarias), en la medida que es el aparato médico y administrativo de los hospitales ajenos el que determina su volumen.

La reducción de las desigualdades asistenciales y la instrumentación de una política efectiva de contención de los costes hospitalarios debe realizarse a partir de la mejora de la eficiencia en la gestión de los

recursos. La descentralización de los servicios sanitarios de la Seguridad Social ofrece a las Comunidades Autónomas la posibilidad de racionalizar la gestión, procediendo a mejorar la eficiencia y la calidad asistencial de los recursos hospitalarios. Por otra parte, el control de los indicadores de gestión, a causa de sus implicaciones directas sobre el gasto, se convierte en un elemento fundamental por la importancia que el gasto sanitario ha adquirido y adquirirá dentro del gasto total de las haciendas autonómicas.

La mejora de la eficiencia de la gestión hace necesario el control del flujo de enfermos y la duración de las estancias. Es decir, resulta imprescindible el control de la distribución de la actividad entre los hospitales propios y los concertados a fin de conseguir un nivel óptimo de utilización de los primeros y la reducción de la actividad concertada. De no ser así, por ejemplo, la reducción de la estancia media de los hospitales propios no permitiría aumentar el número de ingresos porque el flujo de enfermos continuaría dirigido a los centros concertados.

La cuestión de la duración de las estancias, que afecta muy especialmente a los centros concertados, se encuentra muy ligada al sistema de pago a estos hospitales. El sistema de pago por acto médico provoca la multiplicación del número de estancias concertadas. Esto exige tanto el control de la duración de las estancias como el planteamiento de otros sistemas de pago (cantidades globales, grupos diagnósticos relacionados,...) que permitan racionalizar la situación. No obstante, sea cual sea el sistema de pago, su aplicación exige un grado de conocimiento, control y seguimiento de la actividad concertada muy superior al actual. En este sentido, no importa tanto la propiedad pública de los centros como el control público sobre su actividad económico-asistencial.

La mejora de la eficiencia de la gestión y la planificación y el control públicos del sector se convierten en elementos muy importantes en el marco de las haciendas autonómicas. Por un lado, contribuyen a determinar el volumen total de gasto hospitalario, mientras que por otro la dinámica del gasto tiene repercusiones muy claras sobre la problemática de la financiación de estas haciendas.

El gasto sanitario de las haciendas autonómicas se deberá financiar, según la ley General de Sanidad, de acuerdo con el criterio de la población protegida. Es decir, una vez establecido el importe total para todo el Estado, el reparto territorial se realizará proporcionalmente a la población protegida por la Seguridad Social en cada Comunidad. No hay motivos para pensar que la dinámica actual del gasto sanitario haya de coincidir con los ingresos según este criterio. Observamos como el gasto hospitalario se determina por criterios alejados del volumen de población que demanda atención sanitaria. Este sistema de financiación no incluye la consideración de las necesidades diferenciales

según la estructura de edades de la población ni establece con que criterio se establece el presupuesto global del Estado. Pero, lo que resulta más destacable es la diversidad actual en la distribución territorial del gasto, y, por tanto, el problema de la transición desde una distribución del gasto como la actual hacia un sistema donde el gasto se distribuya de una manera territorialmente más igualitaria.

BIBLIOGRAFÍA

- ABEL SMITH, Brian (1984), *Cost containment in 12 European countries*, World Health Statistics, nº 37, 1984, pp. 351-363.
- ABEL SMITH, Brian (1985), *Who is the odd man out?: The experience of western Europe in containing the costs of health care*, Health and Society, V. 63, nº 1, 1985, pp. 1-17.
- BOHIGAS, Lluís (1982), *Sistema sanitari a Espanya i a Catalunya*, Barcelona, 1982.
- BOHIGAS, Lluís (1983), *La planificación sanitaria y las autonomías*, III Jornadas de Economía de la Salud, Madrid, febrero 1983.
- BOHIGAS, Lluís y ORTÚN, Vicente (1980), *Distribució despesa sanitària pública a Espanya: anàlisi i propostes*, Primeres Jornades sobre Economia de la Salut, Barcelona, desembre 1980.
- COLL CUOTA, Pilar (1980a), *Problemàtica actual de los conciertos con Instituciones Sanitarias*, Revista de Seguridad Social, abril-junio 1980, nº 6, pp. 185-211.
- COLL CUOTA, Pilar (1980b), *Algunas notas sobre las repercusiones de la forma de fijar los precios en la Seguridad Social*, Primeres Jornades sobre Economia de la Salut, Barcelona, desembre 1980.
- CULLIS, John G. y WEST, Peter A. (1979), *The economics of Health. An Introduction*, Martin Robertson, Oxford, 1979.
- FUENTES QUINTANA, Enrique y BAREA TEJEIRO, José (1982), *Estrategia para un tratamiento de los problemas de la Seguridad Social*, Papeles de Economía Española, nº 12/13, 1982.
- INSALUD (1984), *Memoria 1982*, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1984.
- INSALUD (1985), *Memoria 1983*, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1985.
- MINISTERIO DE ECONOMÍA Y HACIENDA (1984), *Programa Económico a medio plazo 1984/87. Políticas sectoriales*, Madrid, 1984.
- ORTÚN, Vicente (1983a), *La productividad de la asistencia sanitaria en España*, IX Congreso AMIEV, Barcelona, 1983.
- ORTÚN, Vicente (1983b), *Métodos de evaluación de la reforma sanitaria*, Gaseta Sanitària, nº 11, septiembre-octubre 1983.
- ORTÚN, Vicente (1983c), *Factores que influyen sobre los gastos sanitarios*, Jano nº 583, 1983, pp. 54-56.